CANDIDATURE A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur GUÉNIOT

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien de l'hospice des Enfants-Assistés,
Ancien Chef de clinique d'accouchement de la Faculté,
Licencié ès sciences naturelles,
Membre titulaire de la Société de chirurgie
et de la Société anatomique.

PARIS

IMPRIMERIE VICTOR GOUPY, RUE GARANCIÈRE, 5

1872

EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

DOCTEUR GUÉNIOT.

I. CONCOURS ET NOMINATIONS.

SERVICES PUBLICS.

1855. Licencié ès sciences naturelles (nomination suivie d'un rapport élogieux spécial au Recteur, puis au Ministre de l'instruction publique).

1858-61. Interne des hôpitaux de Paris pendant quatre années (la quatrième à la Maternité).

1860. Lauréat (médaille d'argent) de la Faculté de médecine.

1860 et 1861. Deux fois Lauréat des hôpitaux (concours des Internes).

1861. Membre adjoint de la Société anatomique.

1863-65. Chef de clinique d'accouchement de la Faculté (pendant deux ans — nommé après concours).

1865. Chirurgien du Bureau central des hôpitaux (pendant deux ans et demi).

1867. Chirurgien titulaire de l'hospice des Enfants-Assistés (depuis cinq ans).

1868. Membre titulaire de la Société de chirurgie.

1868. Membre titulaire de la Société anatomique.

1869. Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

1870-71. Médecin en chef de l'ambulance militaire de la Glacière et chirurgien de plusieurs autres ambulances (pendant et après le siége de Paris).

II. ENSEIGNEMENT.

1861. Leçons élémentaires d'Anatomie, de Physiologie et de Pathologie aux élèves sages-femmes de la Maternité.

1863-64; 1864-65. Cours public sur les Accouchements à l'Ecole pratique de la Faculté.

1865. Démonstrations et Conférences sur les Accouchements aux élèves de l'École pratique (instituées par le doyen, M. Tardieu).

III. PUBLICATIONS.

A. Accouchements, Maladies des femmes et des enfants.

1. *Opération césarienne* post mortem *suivie de succès.*

(*Gaz. des hôpitaux,* 1860.)

Femme de 33 ans, tuberculeuse, qui mourut d'œdème de la glotte, étant enceinte de près de 8 mois. La section césarienne permit d'extraire l'enfant vivant.

2. *De certaines éruptions, dites miliaires et scarlatiniformes, des femmes en couches, ou de la scarlatinoïde puerpérale.*

(Thèse inaugurale, janvier 1862, in-4° de 100 pages.)

La miliaire des femmes en couches, objet de tant de travaux et de discussions si passionnées pendant les deux siècles derniers, avait fini par être négligée, puis rayée du cadre nosologique et, enfin, complétement oubliée par les auteurs contemporains. M. Guéniot, reprenant la question au point de vue de l'observation, a établi d'après des faits cliniques, que cette proscription n'était pas légitime et que la miliaire des accouchées a une existence bien réelle. Il a démontré en outre que, à part certaines nuances symptomatiques, cette affection est entièrement semblable à celle qu'on désigne de nos jours sous le nom d'exanthème scarlatiniforme. Ce sont deux variétés d'une seule et même espèce morbide offrant, avec la scarlatine, de nombreuses analogies et même certaines affinités pathologiques, mais s'en distinguant par plusieurs traits de première importance. De là, le nom de *scarlatinoïde* proposé par l'auteur.

La doctrine nouvelle, développée dans ce travail, a trouvé un puissant appui dans une publication postérieure du professeur Retzius. Pour ce savant médecin, en effet, l'exanthème dont il s'agit serait bien distinct de la scarlatine puerpérale (Voir *Arch. gén. de Med.*; mai 1863).

En 1870, la Société Médicale des hôpitaux de Paris s'occupant du sujet, à propos d'une communication de M. Lorain sur des scarlatines « d'une espèce particulière, » le mémoire de M. Guéniot fut invoqué dans la discussion et apprécié, par M. le Dr Besnier, de la manière suivante : « La question a été reprise en entier par M. Guéniot dans sa thèse inaugurale, très-« remarquable travail dans lequel l'auteur discute avec le plus grand talent « la nature de la scarlatine des femmes en couches. Gardant la plus louable « réserve dans ses conclusions, M. Guéniot ne s'est pas absolument pro-« noncé sur la nature de ce qu'il propose d'appeler la *scarlatinoïde* des « femmes en couches ; il pense bien, à la vérité, qu'elle constitue une espèce « nosologique spéciale, mais il laisse à l'observation ultérieure le soin de « décider si la scarlatine et la scarlatinoïde sont absolument distinctes, ou « bien si l'une est à l'autre ce que la varioloïde est à la variole. » (*Comptes rendus mensuels de la Commiss. des mal. régnantes*, par le Dr Ern. Besnier ; 5e fascic., p. 42 ; 1870-1871).

3. *Des vomissements incoërcibles pendant la grossesse.*

(Thèse d'agrégation, in-8 de 126 pages, 1863.)

Monographie complète d'un accident redoutable et trop fréquemment observé chez les femmes enceintes. Elle est basée sur l'étude de 118 faits recueillis aux sources les plus diverses, et dont plusieurs étaient inédits.

Après une revue historique et critique des travaux publiés sur la matière, l'auteur envisage le sujet sous toutes ses faces et traite, avec développement, des symptômes, de la fréquence, de la marche, des terminaisons, du diagnostic, etc. Il établit des statistiques qui permettent de juger de la gravité du mal ainsi que de la valeur des moyens proposés pour le combattre. Enfin, il met en lumière l'influence des lésions du col utérin sur les vomissements opiniâtres et fait ressortir cette donnée étiologique importante, à savoir : que l'accident, loin de reconnaître toujours une même cause, peut être au contraire provoqué par des causes fort diverses. De là, au point de vue thérapeutique, la nécessité de recourir, suivant les cas, à des moyens variés, aussi différents entre eux que peuvent l'être les causes déterminantes de la maladie ; de là, aussi, l'insuccès inévitable des essais qui ont pour objet la recherche d'un traitement uniforme ou d'un remède spécifique.

Ce Mémoire est resté le travail le plus complet qui ait été publié sur la

question. Il a été cité nombre de fois avec des qualifications élogieuses, et la plupart des auteurs qui, depuis dix ans, ont eu à traiter de la matière, lui ont fait des emprunts plus ou moins étendus.

4. *Mémoire sur les tumeurs fibreuses de l'utérus, pendant la grossesse et l'accouchement.*

(*Gaz. des hôpitaux*, 1864.)

Après une revue rapide des diverses publications faites sur le sujet, l'auteur résume l'état de la science à l'époque où paraît son travail. Puis, il étudie d'une manière spéciale certains phénomènes, jusque-là non encore signalés, qu'il a observés pendant son clinicat d'accouchement à la Faculté. Ces phénomènes, très-importants à connaître au point de vue du diagnostic, sont :

1° *L'impression* d'un polype de la matrice dans l'épaisseur de la paroi œdématiée du col de cet organe, impression qui eut pour principale conséquence de dissimuler, pendant le travail de l'accouchement, le caractère pédiculé de la tumeur, et de donner à cette dernière la fausse apparence d'un fibroïde interstitiel ;

2° et 3° La *mobilité* et *l'aplatissement* en large gâteau (phénomène dû à la pression excentrique de l'œuf) d'un myome interstitiel de l'utérus gravide, myome volumineux, originellement sphérique et notablement altéré dans son tissu ;

4° *La descente et l'ascension alternatives* d'un polype sous-péritonéal de la matrice, lequel s'engagea pendant la grossesse, à diverses reprises, dans l'excavation pelvienne, pour remonter ensuite spontanément au-dessus du détroit supérieur.

Ce travail a été souvent cité, et l'édition française de Fl. Churchill en contient quelques extraits importants.

5. *Inflammation spontanée des veines variqueuses des membres inférieurs dans l'état de couches.*

(Mém. du Dr Nivert, in *Arch. gén. de méd.*, août 1862.)

Des deux faits relatés par M. Guéniot, l'un est particulièrement remarquable par l'abondance d'une éruption d'herpès fébrile sur le visage. Les

groupes de vésicules étaient tellement nombreux que, lors de la dessication, la face semblait couverte d'un masque. Les veines enflammées suppurèrent, et la malade mourut d'infection purulente. Dans le second cas, il se forma sur le trajet des veines une série d'abcès, qui furent ouverts avec la lancette, et la femme guérit.

6. *Phlébite utérine après l'accouchement.*

(*Bull. de la Soc. anatom.*, 1861.)

Début des accidents le troisième jour des couches. Infection purulente; vingt-deux frissons dans le cours de la maladie. A l'autopsie : sinus utérins gorgés de pus, abcès métastatiques dans les poumons, pleurésie purulente et phlegmasie suppurée des deux articulations sacro-iliaques.

7. *Relation d'un cas de phlébite puerpérale du membre inférieur.*

(*Bull. de la Soc. anatom.*, juillet 1861.)

Début des accidents trois jours après l'accouchement. Œdème considérable du membre; infection purulente; trente frissons en moins d'un mois de maladie. A l'examen nécroscopique : veines profondes du membre toutes oblitérées par des caillots fibrineux, ramollis et même liquéfiés en certains points; veine saphène interne pareillement obturée vers son embouchure, de même que les trois veines iliaques de chaque côté et la veine cave inférieure à son origine; matrice et annexes complétement saines, etc.

« Cette observation, dit l'auteur en terminant sa relation, me semble particulièrement importante à deux points de vue : 1° Elle vient à l'appui d'un fait que j'ai déjà tenté de faire ressortir antérieurement, à savoir, que la plaie utérine ne joue pas, dans les maladies puerpérales, un rôle aussi considérable qu'on le croit généralement, puisque chez des femmes tellement disposées à contracter une phlébite, qu'il leur en survient une spontanée, les sinus adjacents à cette plaie restent parfois exempts de toute inflammation; 2° Elle démontre que la plaie utérine ne se répare point à la manière des plaies extérieures. La plaie utérine, en effet, quand elle suit une marche régulière, ne présente ni cercle inflammatoire, ni tissu de cicatrice. Les sinus qui la traversent s'oblitèrent au moyen de caillots fibrinenx qui, sous

l'influence de la rétraction graduelle de la matrice, prennent la forme globuleuse; les franges du placenta maternel meurent et tombent par petits fragments ou par parcelles moléculaires, et la muqueuse se régénère, sans mélange de cicatrice, à la manière de l'épiderme cutané quand, par une cause quelconque, la peau en a été dépouillée. »

8. *Tumeurs sanguines ou thrombus du vagin, pendant l'accouchement et ses suites.*

(Thèse du Dr Perret. Paris, 1864.)

Deux observations dues à M. Guéniot qui signale, le premier, l'existence d'un bruit de souffle au cœur et dans les carotides. Dans l'un de ces cas, ce fut une ecchymose du périnée jointe à un œdème considérable de la vulve, qui décela la présence de la tumeur.

9. *Difficultés de l'accouchement dans les cas de bassin vicié.*

(Thèse du Dr Baille. Paris, 1864.)

10. *Procidence du cordon ombilical pendant l'accouchement.*

(Thèse du Dr Mall. Paris, 1865.)

Plusieurs faits relatés par M. Guéniot. Dans l'un, le cordon mesurait un mètre vingt-deux centimètres de long; dans un autre, il existait un nœud au sommet de l'anse prolapsée, etc.

11. *Insertion vicieuse du placenta et hémorrhagie.*

(Thèse du Dr Gab. Dumas. Paris, 1864.)

Trois observations dues à M. Guéniot. Dans l'une, le placenta bilobé offrait un énorme développement en surface; l'intervalle des lobes correspondait au col utérin et se trouvait sillonné par de grosses veines, qu'il eût été difficile d'éviter en perforant les membranes.

12. *Hémorrhagie par insertion du placenta sur le col utérin.*

(Thèse du Dr Hilt. Paris, 1865.)

Femme enceinte de 7 mois, en proie à des défaillances très-rapprochées. Le travail, peu avancé, se suspend malgré l'application d'un tampon serré, qui bientôt provoque de l'infection putride; et l'accouchement ne se termine qu'au bout de cinq jours.

13. *Variole et vaccine concomitante chez un enfant de 12 jours.*

(Thèse du Dr Am. Robin. Paris, 1864.)

14. *Leçons sur la dystocie : dystocie par insuffisance des forces efficientes de l'accouchement.*

(*Union médicale*, 1865.)

Étude complète de la question, faite d'après des données déjà connues. La distinction des accouchements à marche lente en deux classes (accouchements ennuyeux et accouchements trop lents), selon que la lenteur est inoffensive ou, au contraire, dangereuse et menaçante, mérite toutefois d'être signalée comme originale et très-importante dans la pratique. L'auteur l'appuie sur des considérations dont les cliniciens peuvent chaque jour vérifier la justesse.

15. *Remarques sur un cas de vomissements incoërcibles, observé chez une femme enceinte atteinte de tubercule du cervelet.*

(*Gaz. hebd. de méd. et de chirurg.*, 1865.)

Relation détaillée d'un fait jusqu'ici unique dans la science, suivie de considérations pratiques sur l'étiologie et le diagnostic des vomissements incoërcibles.

16. *Observation de grossesse extra-utérine, suivie de considérations sur le diagnostic différentiel de cette affection d'avec les tumeurs fibreuses sous-péritonéales de la matrice.*

(*Bull. de la Soc. anatom.*, 1865.)

Étude et discussion approfondies d'un sujet très-spécial, d'où l'auteur

déduit les moyens diagnostiques propres à différencier l'une de l'autre les deux espèces de tumeurs (grossesse extra-utérine et myome sous-péritonéal de l'utérus).

17. *Détroncation du fœtus dans un cas d'accouchement avec présentation de l'épaule, étroitesse du bassin et insertion vicieuse du placenta.*

(Thèse du Dr Jaubert. Paris, 1865.)

18. *Des fausses grossesses.*

(Thèse du Dr Villebrun. Paris, 1865.)

Dans les quatre faits recueillis par M. Guéniot, les signes qualifiés *rationnels*, joints à quelques signes objectifs, avaient provoqué des erreurs de diagnostic. On avait cru, en effet, à l'existence d'une grossesse réelle ou fœtale, alors qu'il s'agissait : dans le premier cas, d'une aménorrhée avec développement graisseux de l'abdomen; dans le second, d'un myome volumineux de l'utérus; dans le troisième, d'une accumulation de liquide fétide dans la matrice; et enfin, dans le quatrième, d'un kyste sanguin de l'abdomen.

19. *Parallèle entre la céphalotripsie et l'opération césarienne.*

(Thése de concours, 1866; in-8 de 84 pages.)

Ce travail est divisé en quatre parties, dont chacune comprend elle-même plusieurs chapitres. Dans la *première*, l'auteur jette un coup-d'œil rapide sur l'histoire de l'opération césarienne et de la céphalotripsie; puis, il établit un parallèle historique entre ces deux méthodes chirurgicales. Dans la *deuxième*, il étudie successivement chacune de ces opérations au triple point de vue de son mode d'exécution, de ses difficultés et de ses suites normales ou compliquées; puis il les compare entre elles dans un chapitre spécial. La *troisième partie* est consacrée à l'exposition des résultats statistiques qu'elles ont l'une et l'autre fournis. L'auteur discute avec soin ce point important et si obscur de la question, et rapproche ensuite les revers et les succès de l'une des revers et des succès de l'autre. Enfin, dans la *quatrième partie*, il étudie les indications respectives de ces deux opérations, en basant

ses déductions sur les résultats qu'elles ont donnés jusqu'ici. Puis, dans un chapitre final, il met en regard les indications de l'une et celles de l'autre, et déduit de ce rapprochement quelques conclusions générales.

Plusieurs faits cliniques, relatés par l'auteur, et un tableau statistique de vingt-deux cas de céphalotripsie figurent au nombre des parties originales de ce travail.

20. *Mémoire sur les grossesses compliquées.*

(*Bull. gén. de thérapeutique,* 1866.)

Étude clinique et théorique entièrement propre à l'auteur, la seule qui ait été publiée sur le sujet envisagé dans son ensemble.

Quoique les Traités modernes d'accouchements fassent mention des grossesses compliquées et en donnent généralement une définition, aucun d'eux cependant ne renferme un chapitre spécial sur la matière. Bien plus, les définitions sont si peu précises et le plus souvent si discordantes entre elles, qu'on pourrait en compter pour ainsi dire autant que d'auteurs. M. Guéniot, reprenant la question à son origine, en discute les termes et trace nettement ses limites. Il montre que l'on doit entendre par grossesse compliquée *une variété de grossesse utérine, caractérisée par l'existence réelle d'un fœtus, et coïncidant avec une tumeur pathologique à évolution lente des cavités abdominale et pelvienne.*

Partant de cette définition, l'auteur étudie successivement, dans autant de paragraphes distincts : 1° les caractères physiques généraux et la nature des tumeurs qui compliquent la grossesse; 2° le degré de fréquence des grossesses compliquées; 3° leurs phénomènes particuliers et leur marche; 4° leur diagnostic et leur pronostic; 5° enfin, les indications thérapeutiques qu'elles font naître et les méthodes curatives qui leur sont applicables. Cette dernière partie est traitée avec plus de développement que les précédentes; on y trouve le passage suivant :

« C'est en pareille circonstance (lorsque, dans le cours de la grossesse, le volume, le siége et la consistance de la tumeur sont tels, que l'opération césarienne paraît devoir être la seule ressource propre à délivrer la femme au terme de la gestation), c'est en pareille circonstance que peut-être il conviendrait de pratiquer, avec une prudente réserve, des injections dans les tumeurs, afin de les pénétrer d'un liquide destructeur et d'en provoquer

ainsi la mortification ou l'amoindrissement graduel. Cette méthode thérapeutique, encore aujourd'hui à ses débuts, pourra sans doute donner ultérieurement des succès importants. Telle me semble, dans ces cas si périlleux, la véritable voie à explorer, voie d'ailleurs essentiellement chirurgicale, puisqu'elle a pour but de sauvegarder à la fois la vie de la mère et celle de l'enfant, en dirigeant nos moyens d'attaque contre le mal lui-même. »

Sept observations cliniques, dont cinq jusque-là inédites, appuient les considérations pratiques développées par l'auteur.

21. *Remarques sur un cas de paralysie du bras, produite par le forceps chez un enfant nouveau-né.*

(*Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1867.)

A la date de sa publication, ce fait était, avec un cas semblable de Danyau, le seul du genre qui existât dans la science. Depuis lors, d'autres exemples (en particulier l'un de M. Blot et un autre de M. Chantreuil) sont venus s'ajouter aux précédents. M. Guéniot attribue la production de la paralysie à la contusion du plexus brachial par l'une des cuillers du forceps. Lorsque la tête fœtale se présente en position oblique et qu'elle est, de plus, inclinée vers l'une ou l'autre épaule, l'instrument peut, en effet, atteindre aisément la base du cou et contondre cette région. C'est ce qui arrive surtout si l'on applique les cuillers sur les côtés du bassin, et si, comme le fait remarquer M. Blot, on les porte trop profondément.

22. *Sur le traitement de l'éclampsie puerpérale.*

(Thèse du Dr Cade. Paris, 1867.)

Des huit observations publiées par M. Guéniot, la plus importante est relative à une dame qui, dans deux grossesses successives, fut atteinte d'éclampsie. La première fois, les accès se répétèrent au nombre de huit, avec une grande intensité; la malade ne recouvrait plus connaissance dans leur intervalle. Des émissions sanguines amenèrent la cessation des attaques; l'accouchement s'effectua treize jours plus tard, et la patiente finit par se rétablir. Dans la grossesse suivante, il y eut jusqu'à quinze accès; la même thérapeutique fut suivie du même résultat; et, depuis lors, cette dame accoucha deux fois sans accident, après avoir été saignée à plusieurs reprises

dans chacune de ces dernières grossesses. — Chez une autre malade, dont les accès, au nombre de vingt-deux, avaient débuté après l'accouchement, l'examen répété de l'urine n'y fit à aucun moment constater de l'albumine. Comme dans le fait précédent, des saignées répétées procurèrent la guérison.

23. *Mémoire sur la délivrance dans l'avortement.*

(*Bull. gén. de thérap.*, 1867, et in-8 de 44 pages.)

Travail original sur une question de pratique quotidienne. Les exemplaires en ont été rapidement épuisés.

« ..... Comme on le voit, dit l'auteur après une courte revue historique, malgré la multiplicité des travaux publiés sur l'avortement, il reste encore, au sujet de la délivrance, plus d'un point en litige; et les divergences qui existent entre les accoucheurs se traduisent trop souvent, dans la pratique ordinaire, par des hésitations dangereuses. Il n'est donc pas superflu d'aborder de nouveau la question et de chercher, par le rapprochement et la discussion des faits, à déterminer avec plus de précision la conduite à tenir dans les divers cas qui peuvent se présenter. » (Guéniot, *p. 7 du présent Mémoire.*)

Tel est le but que l'auteur s'est proposé, et qu'il s'est efforcé d'atteindre. A cet effet, il expose d'abord, au double point de vue anatomique et pathologique, les phénomènes particuliers que présente la fausse-couche; et pour mieux en accuser les traits, il les met en parallèle avec les phénomènes analogues de l'accouchement. Il signale une forme spéciale de délivres abortifs dont la configuration rappelle celle des bouchons de vin de Champagne; puis il appelle l'attention sur deux symptômes importants qui n'avaient pas encore été indiqués, à savoir : d'une part, l'existence d'intermittences quotidiennes ou de suspensions périodiques dans le travail d'avortement, et, d'autre part, un abaissement presque constant ou des inclinaisons diverses de la matrice, lorsque la délivrance est laborieuse. Plusieurs observations servent d'exemples et de démonstration à ces idées.

S'appuyant sur les données de la clinique, l'auteur discute ensuite les indications thérapeutiques qui ont trait à la délivrance abortive, et il précise la conduite à tenir dans tous les cas de ce genre, qu'il rapporte aux cinq types suivants : 1° l'avortement est fait; la délivrance ne l'est pas, ou elle

est incomplète, et *il n'existe pas d'accident;* 2° l'avortement est accompli; la délivrance ne l'est pas, ou elle est incomplète, et *il existe des accidents;* 3° l'avortement est consommé, et *l'on doute que la délivrance soit effectuée, ou qu'elle soit complète;* 4° l'avortement est fait; l'expulsion du délivre est *sûrement complète;* mais il existe, par le fait même de la délivrance, des *accidents qui réclament l'intervention du médecin;* 5° enfin, *l'avortement n'est pas encore consommé*, mais il est plus ou moins avancé, et *reconnu inévitable*, quoi qu'on puisse faire pour l'empêcher.

Un tableau synoptique, placé à la fin du Mémoire, résume tous les détails du traitement applicable à ces différents cas.

24. *Article* Bassin vicié *du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (1867, grand in-8 de 66 pages).

(*En collaboration avec M. Depaul.*)

Travail étendu, l'un des plus complets qui existent sur la matière. Les diverses espèces et variétés de viciations du bassin y sont envisagées successivement, dans leurs caractères anatomiques, dans leurs causes et leur diagnostic, sous le rapport de leur influence sur la grossesse et sur l'accouchement, et enfin au point de vue des indications thérapeutiques.

Un aperçu historique du sujet; l'étude, faite pour la première fois, des lames ou arêtes tranchantes qui bordent parfois l'arc antérieur du pelvis; des considérations particulières sur l'étiologie du bassin oblique-ovalaire, constituent autant de parties originales dans cette importante publication.

25. *De l'acupuncture, considérée comme moyen de diagnostic différentiel entre certains polypes fibreux de la matrice et le renversement partiel de cet organe.*

(*Archives gén. de méd.*, 1868.)

En septembre 1866, l'auteur ayant été chargé de suppléer M. Richet, à l'hôpital de la Pitié, eut à traiter une femme à laquelle ce savant professeur avait excisé, peu de jours auparavant, un polype fibroïde de la matrice. Pendant l'opération, qui avait été laborieuse, une tumeur nouvelle était venue se substituer à la première. S'agissait-il d'un second polype ou d'une introversion partielle de l'utérus? C'est ce que M. Richet, malgré son habi-

leté bien connue et des explorations répétées, n'avait pu encore déterminer.

L'auteur, en prenant la direction de la malade, hérita naturellement de toutes les incertitudes d'un maître aussi expérimenté. Cependant, une opération curative devenant de plus en plus pressante, il était indispensable de résoudre le problème diagnostique. C'est alors que (l'insuffisance des moyens ordinaires d'investigation étant démontrée) M. Guéniot imagina de recourir à l'acupuncture. Ce procédé de recherche fut des plus fructueux, car il révéla deux caractères décisifs : *insensibilité* absolue et *densité* considérable de la tumeur.... Il s'agissait donc d'un fibroïde, et non d'une inversion partielle de l'utérus. M. Guéniot pratiqua l'excision du néoplasme et, quelque temps après, la malade sortit guérie de l'hôpital.

Outre la relation détaillée du fait clinique, l'auteur démontre, dans ce mémoire, les avantages que peut offrir l'emploi de l'acupuncture comme moyen de diagnostic différentiel des tumeurs. Il fait voir que c'est un procédé « utile, simple et dépourvu de danger » ; que, dans maintes circonstances, le chirurgien ne peut acquérir par aucun autre moyen la notion de certains caractères importants des tumeurs, et que, par conséquent, il convient d'y recourir dans presque tous les cas où le diagnostic offre de l'obscurité.

26. *Remarques sur un cas singulier d'élimination spontanée des deux incisives moyennes supérieures chez un nouveau-né.*

(*Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1868.)

Il s'agit d'un enfant de neuf jours, chez lequel les deux incisives indiquées furent éliminées avec leur bulbe, à la manière d'un corps étranger accidentellement introduit dans les tissus. Le gonflement et l'inflammation du bulbe paraissent avoir été les agents immédiats de cette expulsion. Le travail pathologique fut tout à fait local, très-passager et promptement suivi de la guérison. Ayant recherché dans les auteurs des exemples analogues au précédent, M. Guéniot n'en a rencontré que cinq qui puissent lui être comparés ; et encore existe-t-il entre eux des différences très-notables. Il pense que la cause primitive de ce phénomène singulier réside dans une hétérotopie, ou situation anormale du germe dentaire en dehors de la gouttière alvéolaire.

27. *Des corps fibreux utérins qui compliquent la grossesse et l'accouchement.*

(Observ. et recherches communiquées à la Société de chirurgie, in Bulletins, 1868 et 1869.)

Après avoir relaté avec détail un fait extrêmement remarquable de myome utérin compliquant la grossesse, fait observé par l'auteur chez une dame de 40 ans qui accoucha heureusement malgré une obstruction presque complète du petit bassin, M. Guéniot traite successivement: 1° des soins hygiéniques et médicaux le mieux appropriés aux femmes qui se trouvent en semblable situation; 2° des causes variées qui, dans le fait en question, ont déterminé si heureusement, pendant la parturition, le déplacement ascensionnel de la tumeur; 3° de l'opportunité ou du danger qu'il peut y avoir en pareil cas, à pratiquer la version pelvienne pour extraire le fœtus; 4° enfin, du degré d'influence que la gestation exerce sur la constitution anatomique et physique des fibroïdes utérins (vascularisation, accroissement de volume, ramollissement).

Ce travail, communiqué à la Société de chirurgie, ayant été le point de départ d'une importante discussion sur le sujet, l'auteur traite de nouveau la question dans une seconde communication où il envisage spécialement les modifications que subissent parfois les tumeurs utérines pendant la grossesse; et il prouve à l'aide d'un grand nombre de faits: d'une part, que *le ramollissement des fibroïdes* s'observe, dans certains cas, à un très haut degré *pendant l'état de vacuité des femmes*, c'est-à-dire en dehors de toute influence provenant de la grossesse; et, d'autre part, qu'il n'est pas rare de trouver, *pendant la gestation*, de ces mêmes tumeurs qui conservent leur *dureté fibreuse* ou *semi-cartilagineuse*; que, dès lors, à moins de montrer par la statistique que le ramollissement est proportionnellement plus fréquent dans le cours de la grossesse que pendant l'état de vacuité, on n'est pas autorisé à conclure, comme le fait la science contemporaine, que cette modification est produite *par* la grossesse elle-même, quand il arrive de la constater dans le cours de cette dernière.

Relativement à l'hypertrophie des tumeurs, l'auteur démontre également à l'aide des faits, que la gestation la provoque beaucoup moins souvent qu'on ne le croit généralement; et il remarque à cet égard que, si l'on n'y prend garde, on peut très-facilement s'en laisser imposer par de fausses appa-

rences, c'est-à-dire prendre pour un accroissement réel du volume des tumeurs, soit leur relief plus marqué (par suite de la pression excentrique de l'œuf), soit l'hypertrophie du *tissu utérin* qui les entoure.

28. *Note sur une déformation spéciale du crâne (obliquité par propulsion unilatérale), observée chez certains enfants du premier âge.*

(*Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1869.)

Travail original sur un sujet inexploré. L'auteur, pour la première fois, décrit une déformation assez commune du crâne, laquelle constitue un type tellement uniforme dans ses traits généraux, qu'il suffit d'en avoir vu un spécimen pour reconnaître ensuite, au premier coup d'œil, tous les crânes semblablement altérés.

Envisagée *extérieurement*, c'est-à-dire sur un crâne non ouvert, la déformation dont il s'agit est essentiellement caractérisée : 1° par un aplatissement de la région occipito-pariétale droite et un saillie normale ou exagérée de la région homonyme du côté gauche; 2° par la proéminence exagérée du frontal droit et la courbure normale ou faiblement diminuée du frontal gauche; 3° enfin, par une convexité légère de la région fronto-pariétale droite et une dépression plus ou moins notable de la même région du côté gauche.

De cet ensemble de particularités il résulte : 1° que la face postérieure du crâne, au lieu d'être symétrique, présente dans ses deux moitiés latérales une discordance de forme des plus marquées, et qu'elle regarde, non point directement en arrière, mais obliquement en arrière et à droite; 2° que le front, également asymétrique, n'est pas exactement dirigé en avant, mais en avant et à gauche; 3° enfin, que la région fronto-pariétale ou latérale antérieure est, du côté droit, tantôt régulièrement convexe, tantôt légèrement aplatie, tandis que du côté gauche elle offre, ou un méplat très-prononcé, ou une dépression sensible qui a pour centre la suture fronto-pariétale. Le crâne ainsi déformé est donc *oblique* par rapport à la face, et la suture bipariétale croise à angle très-aigu le plan médian du corps. Comme effet curieux de cette obliquité, l'auteur signale l'asymétrie de situation des oreilles : la droite occupe un plan sensiblement antérieur à celui de la gauche.

Lorsqu'on examine le crâne *par sa face interne*, l'obliquité générale de cette cavité n'est pas moins évidente ; on y constate des particularités tout à fait connexes à celles que présente la surface extérieure. — Si l'on se représente, par la pensée, la moitié droite du crâne comme ayant subi un mouvement très-sensible en avant, pendant que la moitié gauche est restée en place, on aura une idée très-approximative de la déformation dont il s'agit. C'est, en effet, par ce mécanisme de propulsion et grâce à une pression trop-prolongée (conséquence du décubitus) sur la région occipito-pariétale droite, que la déformation est engendrée chez les enfants du premier âge. En désignant celle-ci sous le nom *d'obliquité par propulsion unilatérale*, l'auteur rappelle donc son caractère le plus essentiel en même temps que le mécanisme suivant lequel elle se produit. — Très-exceptionnellement la propulsion, au lieu d'affecter le côté droit, se remarque sur le côté gauche ; mais le type de la déformation reste exactement le même. Le côté seul a changé, et toute la différence consiste dans une simple transposition.

Si l'obliquité par propulsion unilatérale du crâne n'est point rare, ses conséquences heureusement ne paraissent pas être dangereuses. A part la difformité plus ou moins apparente qu'elle détermine ; à part aussi l'inégalité de volume et de poids qu'elle engendre, au préjudice du côté propulsé, entre les deux moitiés de l'encéphale, M. Guéniot n'a pas reconnu jusqu'ici d'inconvénient bien sérieux à cette conformation vicieuse. Il indique, d'ailleurs, les moyens d'en prévenir le développement ou de la combattre quand elle est acquise, et que le crâne conserve encore de la flexibilité (1).

29. *Des luxations coxo-fémorales, soit congénitales, soit spontanées, au point de vue des accouchements.*

(Thèse de concours. Paris, 1869. In-8 de 150 pages avec 12 fig. intercalées dans le texte.)

Cette publication est ainsi appréciée par les *Archives générales de médecine*, numéro de juillet 1869 :

« On avait étudié jusqu'ici l'influence des luxations coxo-fémorales sur « le développement et les déformations du bassin. Le mémoire de M. Gué-

(1) P. S. L'auteur vient de trouver dans la description anatomique de Ritta-Christina, par Serres, une mention très-explicite de la déformation dont il s'agit. Les deux têtes de cet enfant bicéphale étaient affectées de propulsion unilatérale, l'une dans sa moitié gauche, et l'autre dans sa moitié droite (effet du décubitus habituel).

« niot est le premier travail d'ensemble dans lequel l'auteur se soit proposé « d'examiner l'influence que ces déformations peuvent avoir sur la gros- « sesse et sur les terminaisons de l'accouchement. Cette thèse, fort bien faite, « se recommande donc en outre par l'attrait de la nouveauté.

« Après avoir, dans un premier chapitre, esquissé l'historique de la « question et rappelé les travaux de ses devanciers, M. Guéniot remarque « que si la science est à peu près fixée sur la partie anatomique de ces « déformations, il n'en est plus de même pour la clinique ; car, tandis que « les uns accordent à la claudication une influence nuisible sur la grossesse « et la parturition, les autres, au contraire, nient plus ou moins cette « influence.

« Dans un second chapitre, l'auteur décrit complétement les déforma- « tions pelviennes qui sont le résultat d'une luxation fémorale, soit sponta- « née, soit congénitale. Sous le titre de *bassin à type ilio-fémoral*, il dé- « signe les bassins dans lesquels le déplacement articulaire date de la vie « intra-utérine ou des premières années de l'enfance et qui ont ainsi subi, « à un degré variable, l'influence de cette cause déformatrice ; mais il en « sépare de suite un certain nombre de bassins qui, bien qu'affectés de « luxation, s'écartent complétement du type.

« M. Guéniot étudie ensuite les caractères anatomiques des bassins ilio- « fémoraux à luxation simple et à luxation double, et démontre que cette « variété constitue bien un type à part, différant des bassins rachitiques, ou « ostéomalaciques, ou obliques-ovalaires. Ces derniers, pourtant, ont avec « les bassins ilio-fémoraux à luxation simple de nombreux points de contact. « Enfin, entre les bassins à luxation simple et à luxation double, il existe « de notables différences que M. Guéniot s'attache à bien faire ressortir.

« Au point de vue obstétrical, l'auteur signale l'existence très-fréquente, « sur la marge antérieure du petit bassin, de lames osseuses que M. Depaul « a le premier indiquées, et qui peuvent perforer l'utérus ou la vessie ; la « faiblesse extrême des branches ischio-pubiennes qui rend leur fracture « possible ; enfin, l'inclinaison du bassin en avant, l'adduction exagérée et « l'ankylose des fémurs qui, dans certains bassins coxalgiques, peuvent « gêner les manœuvres opératoires. Il relate, en dernier lieu, quatre obser- « vations de bassins à viciation complexe, tous quatre présentant ce carac- « tère commun d'être affectés de luxation double du fémur.

« Dans le chapitre III, M. Guéniot étudie les causes, le mécanisme et

« l'évolution de ces déformations. Les causes qui agissent pour produire « la déformation du bassin sont au nombre de trois principales : l'imper- « fection du développement, les pressions osseuses et la claudication. Les « tractions musculaires et ligamenteuses ajoutent leur action à celle des « causes précédentes.

« Relativement à l'influence des luxations coxo-fémorales sur la grossesse « et l'accouchement, il est à remarquer que dans certains cas la luxation, « soit spontanée, soit traumatique, semble n'apporter aucune entrave à « l'accomplissement régulier des fonctions génératrices, tandis que, dans « d'autres cas, la luxation simple ou double les complique d'une manière « plus ou moins grave. Passant en revue les faits que l'on possède, l'auteur « arrive à cette conclusion qu'en considérant le nombre des accouchements « (qui s'élève à près de 60), on trouve que les cas simples ont été, relati- « vement aux cas compliqués, dans la proportion d'environ 6 à 1. Mais en « tenant compte de diverses circonstances, M. Guéniot pense que le rap- « port de 7 à 1 peut être provisoirement accepté comme se rapprochant « davantage de la vérité. Il croit également que les luxations d'origine coxal- « gique sont beaucoup plus souvent la cause de complications que les luxa- « tions congénitales.

« En ce qui concerne la grossesse, on ne trouve aucun accident qui soit « imputable à la déformation pelvienne; mais il n'en est plus de même pour « l'accouchement. Outre l'influence exercée sur les présentations et les po- « sitions du fœtus, qui plusieurs fois s'est offert par le tronc, la déformation « du bassin peut encore être cause de lenteur dans la parturition, et plus « souvent de trop grande rapidité. Enfin, l'intervention de l'accoucheur peut « être réclamée par un rétrécissement notable du détroit supérieur, une in- « clinaison excessive du bassin en avant, une présentation vicieuse de « l'enfant, la procidence d'un membre ou du cordon ombilical.

« Nous passerons sur le pronostic qui, d'une manière générale, n'offre « qu'une médiocre gravité, et nous arrivons au diagnostic qui fait l'objet du « chapitre VI. Il doit comprendre : 1° le diagnostic de la luxation et des « complications qui peuvent l'accompagner ; 2° le diagnostic des déforma- « tions pelviennes produites par la disjonction des surfaces articulaires. A « ce sujet, M. Guéniot décrit avec soin les différents modes d'exploration et « de mensuration du bassin généralement usités.

« Le dernier chapitre est consacré aux indications pratiques. La première,

« selon l'auteur, serait de guérir la luxation; mais il paraît peu disposé à « admettre que cela soit possible. Une seconde indication serait de s'opposer « au développement des déformations; etc.

« En présence d'une femme enceinte affectée de luxation simple ou « double, l'accoucheur devra lui conseiller de se modérer dans l'exercice « de la marche, puis rechercher attentivement le genre et le degré des « lésions du bassin, pour régler sur ces donnés sa conduite future. Pour le « reste, il devra pourvoir aux diverses indications qui se présenteront, en « évitant toujours avec un soin scrupuleux l'emploi de toute manœuvre « violente. »

30. *Remarques sur un cas d'ostéite suppurée des extrémités diaphysaires des os, avec décollement des cartilages épiphysaires, chez un enfant nouveau-né.*

(*Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1869.)

Enfant de 20 jours qui présenta, comme symptômes dominants : une faiblesse générale très-prononcée, une paralysie des quatre membres et une mobilité anormale de l'extrémité supérieure de chaque jambe, à environ 15 millim. au-dessous de l'articulation du genou. — Les remarques qui accompagnent cette observation presque unique dans la science, sont relatives à la nature de l'affection, à sa généralisation tout à fait insolite, à la connexité des diverses lésions trouvées à l'autopsie et, enfin, aux causes génératrices de la paralysie.

31. *De l'opération césarienne à Paris et des modifications qu'elle comporte dans son exécution.*

(*Bull. gén. de thérapeut.*, 1870.)

Mémoire important divisé en deux parties. *Dans la première,* l'auteur esquisse l'histoire des diverses opérations césariennes qui ont été pratiquées à Paris depuis la fin du XVIe siècle, c'est-à-dire depuis A. Paré jusqu'à nos jours. Il commence par analyser six cas bien authentiques, dans lesquels mères et enfants purent être sauvés par l'opération. Ainsi se trouve réfutée l'erreur très-répandue qui consiste à croire, que *jamais* l'hystérotomie n'a été suivie de guérison dans notre capitale. La vérité est que depuis 1787,

date du second succès obtenu par Lauverjat, on n'y compte plus aucune terminaison heureuse pour la mère; et cela, quoique la section césarienne y ait été pratiquée environ 40 fois dans le cours de notre siècle. Comment donc expliquer ces insuccès constants depuis bientôt 90 ans? C'est ce que M. Guéniot s'applique à rechercher. Tout en reconnaissant une influence défavorable au *milieu*, surtout au *milieu nosocomial*, dans lequel la plupart des opérations ont été faites, il n'hésite pas à penser que cette longue série de revers doit être attribuée, pour une bonne part, à l'imperfection et aux défectuosités des méthodes opératoires. De là, pour obtenir des résultats heureux, la nécessité de reviser les méthodes en usage et de substituer à certaines pratiques dangereuses des procédés plus conformes aux données actuelles de la science.

Tel est l'objet de la *seconde partie*. Afin d'appuyer sur de solides bases les détails nouveaux d'exécution ou les perfectionnements opératoires qu'il propose, l'auteur envisage d'abord trois ordres de faits qui, selon lui, constituent les meilleures sources d'indication; ce sont: 1° les accidents ou complications qui entraînent la mort des femmes après la section césarienne; 2° le mode suivant lequel s'opère la guérison dans les cas heureux; 3° enfin, les renseignements précieux que fournit la pratique de l'ovariotomie.

Après avoir formulé quelques conseils relativement aux *soins préventifs* et à la *rupture artificielle des membranes*, l'auteur fait voir que *l'incision abdominale*, telle qu'il est d'usage de la tracer, offrant de réels inconvénients, il convient d'en modifier à la fois la direction et la longueur. Puis, s'appuyant sur les données fournies par l'ovariotomie, il démontre la nécessité indispensable de prévenir, dans l'hystérotomie, toute souillure du péritoine, tout dépôt de matière putrescible dans la cavité de cette séreuse. A ce propos, l'auteur discute les divers procédés mis en usage pour arriver à cette fin, et il montre que les cautérisations propres à faire naître des adhérences entre la tumeur utérine et la paroi abdominale, de même que les sutures pratiquées sur ces mêmes parties en vue de s'opposer à l'écoulement des liquides dans l'abdomen, constituent des ressources très-insuffisantes et dont l'emploi ne serait pas sans danger. Pour atteindre au but, à l'aide d'un moyen qui offre à la fois les meilleures garanties d'efficacité et d'innocuité, M. Guéniot propose le procédé suivant dont la formule un peu paradoxale peut se résumer en quatre mots: *opérer hors du ventre*. Voici comment il règle les détails de l'opération.

« Dès que l'incision extérieure sera faite, on passera au niveau de son angle supérieur une anse métallique dans l'épaisseur de la paroi utérine. Les chefs de cette anse, maintenus avec fermeté par un aide, serviront, concurremment avec les mains de l'aide principal, à faire proéminer le segment antérieure de la matrice entre les lèvres de la plaie abdominale. Celle-ci se trouvera de la sorte complétement obturée comme par un tampon qui s'appliquerait sur son contour d'arrière en avant. L'occlusion étant bien exacte, inciser alors l'utérus comme je le dirai plus loin. Extraire ensuite l'enfant avec lenteur, en ayant soin, à mesure que la matrice diminue de volume, d'attirer celle-ci de plus en plus hors de l'abdomen. Cette extraction étant effectuée, l'utérus aura son hémisphère antérieur presque totalement en saillie. Attendre trois minutes et plus, avant d'opérer la délivrance; éponger la plaie; exciter l'utérus à se contracter; appliquer de la glace si l'hémorrhagie est trop abondante; nettoyer avec un soin scrupuleux toute la portion visible de l'organe; et, quand celui-ci sera bien rétracté, que les bords de la plaie utérine seront rapprochés et l'hémostase complète, on retirera seulement l'anse métallique, pendant que les mains d'un aide maintiendront dans un contact rigoureux et la matrice et la paroi du ventre. On épongera alors avec soin les gouttelettes de sang qui s'échapperont du trajet de l'anse métallique, puis on laissera l'utérus, dont l'inclinaison et la torsion ont été respectées, rentrer lentement derrière la paroi antérieure de l'abdomen. »

Quant à l'incision de la matrice, l'auteur démontre qu'on lui donne généralement une longueur exagérée, qu'il résulte de ce fait des inconvénients très-réels, et que, dès-lors, il convient de la restreindre à 12 ou 13 centimètres, au lieu de 15 ou 16 qui représentent sa longueur habituelle. Puis il termine son travail par l'examen des trois points suivants, à savoir : 1° la *suture de la plaie utérine*, qu'il considère comme devant être le plus souvent évitée; 2° la *formation des adhérences* entre la matrice et la paroi abdominale, circonstance très-favorable qu'il importe de favoriser; 3° enfin, l'*entretien d'une double voie d'écoulement* qui conduise avec facilité les liquides utérins au dehors.

32. *Traumatisme pendant la grossesse.*

(Thèse du Dr Petit. Paris, 1870.)

Observation relative à une femme enceinte, blessée au ventre, que

M. Guéniot eut à traiter en 1865, pendant qu'il suppléait Jarjavay à l'hôpital Beaujon. La malade était au cinquième mois de sa grossesse, quand elle fit une chûte dans un puits profond de 7 mètres. Il en résulta une plaie considérable de l'abdomen, mesurant 38 centimètres de long, 10 centimètres de large et environ 3 centimètres de profondeur. Malgré la violence de ce traumatisme, la grossesse continua son cours, et la plaie était en voie de cicatrisation lorsque, quatorze jours après l'accident, la malade fut brusquement enlevée par l'épidémie cholérique qui régnait alors. Il ne s'était produit aucun phénomène de fausse-couche, et l'enfant avait, jusqu'au dernier jour, donné des signes de vie.

33. *Valgus ou cagnosité du genou chez une fille de deux ans.*

(*Bull. de la Soc. anatom.*, janvier 1870.)

Il ressort de ce fait, recueilli par l'auteur dans son service d'hôpital, que la difformité n'était point due à une destruction des ligaments croisés antérieurs, ni à une profondeur exagérée des cavités articulaires du tibia, ainsi que l'ont prétendu certains auteurs, mais bien à une malformation des condyles fémoraux, et surtout à la saillie exagérée du condyle interne qui, dans l'extension de la jambe, déjetait celle-ci en dehors, tandis que dans la flexion la brièveté antéro-postérieure de ce même condyle permettait au tibia de reprendre peu à peu sa direction normale.

34. *Traitement de la conjonctivite purulente des nouveau-nés par les cautérisations.*

(Soc. de chirurg., 1870.)

L'auteur, s'appuyant sur ce fait d'observation, que l'inflammation de la conjonctive est presque toujours, chez le nouveau-né, limitée à la muqueuse palpébrale, reproche aux collyres le grave inconvénient de porter leur action irritante ou caustique sur les parties non malades, aussi bien que sur celles qui sont atteintes de suppuration. De là, pour la cornée, un danger menaçant si le collyre est énergique et, pour la conjonctive enflammée, une action très-insuffisante si le collyre est faible. Ce raisonnement, basé sur l'expérience clinique, indique assez que le traitement préférable doit être, dans les cas graves, celui qui porte l'agent modificateur directement sur la partie

malade, et qui préserve de tout contact dangereux les parties restées saines. C'est ce que M. Guéniot réalise à l'hospice des Enfants-Assistés, avec un succès à peu près constant, par l'emploi des cautérisations au nitrate d'argent mitigé (nitrate d'argent et nitrate de potasse associés par parties égales). Des lavages à l'*eau tiède, non salée*, accompagnent la cautérisation, qui est renouvelée chaque jour. Lorsque par exception il existe un chémosis, celui-ci est d'abord excisé en trois ou quatre points de sa circonférence. — Chez les enfants d'un an et au-dessus, ce traitement ne donne pas des résultats aussi heureux que chez les nouveau-nés; ce qui, d'après l'auteur, dépend des deux circonstances suivantes : 1° la conjonctivite purulente n'est plus seulement palpébrale, mais elle s'étend presque toujours à la muqueuse bulbaire et s'accompagne communément d'un chémosis; 2° l'indocilité de l'enfant, ses efforts pour s'opposer aux soins que son état réclame, ses pleurs prolongés et les frottements qu'il exerce sur ses paupières rendent parfois toute thérapeutique impuissante.

35. *Mémoire sur l'allongement œdémateux avec prolapsus du col utérin, pendant la grossesse et l'accouchement.*

(*Arch. gén. de méd.*, 1872. — Un extrait de ce mémoire a été lu à l'Académie de médecine, en janvier 1872.)

L'affection dont il s'agit a été décrite pour la première fois par M. Guéniot, qui traite avec développement toutes les questions afférentes au sujet. Dans une *première partie*, il commence par relater avec détail quatre observations personnelles; puis, il reproduit quatre autres faits du même ordre, empruntés à divers auteurs. A ces huit observations, il ajoute deux nouveaux cas, moins bien caractérisés que les précédents, mais vraisemblablement de même nature. C'est sur cet ensemble de dix faits, dont cinq ont été recueillis par lui, qu'il trace l'histoire de la maladie. Les conclusions qui terminent le Mémoire peuvent suffire à donner une idée de cette *seconde partie;* voici quelle en est la teneur :

« 1° Il existe chez certaines femmes, pendant la grossesse et parfois au moment de l'accouchement, une affection particulière du col utérin qui, presque toujours méconnue, n'a été jusqu'ici l'objet d'aucune description;

« 2° Cette affection peut être désignée sous le nom d'*allongement œdémateux avec prolapsus du col* qui en indique les principaux traits constitu-

tifs. L'hyperhémie et la turgescence de l'organe, la disposition de sa cavité transformée en un long canal librement ouvert, la rapidité avec laquelle ces divers symptômes sont susceptibles de disparaître et leur grande facilité à se reproduire sous certaines influences, représentent autant d'autres caractères fondamentaux de la maladie. L'ulcération du museau de tanche, le renversement du vagin, l'amincissement et la flaccidité des parois utérines sont aussi des symptômes presque constants, de même que des douleurs circum-pelviennes, un sentiment de faiblesse générale et des troubles variables dans l'excrétion urinaire;

« 3° Les causes de cette altération du col utérin sont complexes; elles dérivent à la fois de certaines dispositions anatomiques de l'organe et de diverses circonstances exerçant sur lui une action mécanique prolongée;

« 4° Quoique peu commun, l'allongement œdémateux avec prolapsus du col est sans doute moins rare qu'on ne serait tenté de le supposer. Plusieurs observateurs l'ont à tort assimilé à l'allongement hypertrophique ou au prolapsus simple, avec lesquels il offre en effet une grande analogie, mais dont il se distingue essentiellement par des caractères propres et de première importance. .

« 5° L'affection dont il s'agit est, pour la femme, une source d'inconvénients douloureux, plutôt que de dangers menaçants; mais elle est grave pour le fœtus dont elle compromet la santé ou la vie en prédisposant, soit à l'accouchement prématuré, soit à l'avortement;

« 6° Le traitement qu'il convient de lui opposer consiste à faire rentrer dans le vagin l'organe prolapsé, et à maintenir la réduction au moyen d'un bandage de toile appliqué sur la vulve. Le repos horizontal, l'usage des calmants contre la toux, des laxatifs contre la constipation etc., sont des moyens auxiliaires qu'il est nécessaire de mettre à profit. L'emploi des pessaires, étant très dangereux pour la grossesse, sera sévèrement proscrit, de même que toute opération qui intéresserait le vagin ou le col de la matrice. — Pendant l'accouchement, il suffirait de bien surveiller le travail et de se tenir prêt à parer aux accidents. Enfin, après la délivrance, on devrait réduire le prolapsus et prescrire, pour le temps des couches, un décubitus exceptionnellement prolongé. »

36. *Du traitement des fractures de cuisse chez les enfants nouveau-nés.*

(*Bull. gén. de thérapeut.*, 1872.)

Premier travail qui ait été publié sur le sujet. Après l'exposé de quelques particularités relatives à l'étiologie et à la symptomatologie de ces fractures, l'auteur décrit un appareil de son invention, qui permet de mieux contenir les fragments osseux et d'obtenir leur consolidation sans raccourcissement. Cet appareil, aussi facile à confectionner que simple dans son application, est surtout rendu nécessaire par le siége de la fracture sur un point très rapproché du col fémoral, de même que par les mouvements de flexion habituels à l'enfant et par les soins incessants de propreté que son état réclame. Les appareils ordinaires, quelque variés qu'on les suppose, n'arrivent pas à lutter efficacement contre ces conditions défavorables; celui de l'auteur a pour objet essentiel d'y remédier.

Il se compose de deux gouttières en gutta-percha, solidement unies l'une à l'autre. La première, de dimensions proportionnées au volume de l'enfant, est destinée à recouvrir les deux tiers antérieurs de la circonférence du tronc, et cela dans une hauteur d'environ dix centimètres à partir des pubis. Un trou pratiqué en son milieu, reçoit le cordon ombilical, dont il est facile ainsi de surveiller la chûte. La seconde gouttière, très-inférieure à la première, quant aux dimensions, lui est unie angulairement au niveau du pli de l'aîne; elle est destinée à entourer les deux tiers supérieurs de la cuisse fracturée, mais seulement dans la moitié antéro-externe de sa circonférence. L'angle d'union des deux gouttières est ouvert en avant et n'a d'autre objet que de permettre, dans une certaine mesure, la flexion de la cuisse sur l'abdomen. — Suit une description du procédé le plus commode pour façonner l'appareil et le bien mettre en place. — Celui-ci, comme on voit, prend son point d'appui sur le ventre et, ce qui est important à noter, sur une grande surface de cette région; de la sorte, toute pression douloureuse ou nuisible se trouve évitée. Ainsi appliqué, il n'offre aucune tendance au déplacement; il n'exerce aucune contrainte sur le membre malade; il laisse à découvert toutes les parties habituellement souillées par les déjections, et permet d'administrer en toute liberté les soins de propreté; enfin, en comprimant la cuisse au niveau de l'angle formé par les fragments osseux, il

maintient la fracture dans un état satisfaisant de réduction. — L'auteur termine son travail par la relation détaillée d'un fait dans lequel l'emploi de cet appareil produisit les meilleurs résultats.

37. *Mémoire sur la guérison, par résorption, des tumeurs dites fibreuses de l'utérus.*

(Lu à l'Académie de méd., le 12 mars 1872. — *Bull. gén. de thérap.*, 1872.)

Ce travail est le seul qui existe sur la question. L'auteur y relate en détail l'observation d'une malade chez laquelle un énorme fibroïde de la matrice put disparaître spontanément, par résorption, dans l'espace de quelques mois. L'évolution de la tumeur et les troubles fonctionnels qui l'ont accompagnée furent suivis dans leurs différentes phases pendant quatre années. A ce fait remarquable l'auteur ajoute deux autres observations inédites que lui ont gracieusement communiquées M. Depaul et M. Béhier. Il rappelle, en outre, cinq faits du même genre mentionnés dans divers ouvrages. Puis, il jette un coup d'œil rapide sur les causes et les médications propres à favoriser ce travail curatif de l'organisme; démontre que selon toute probabilité les myomes, pour être susceptibles de résorption, doivent subir au préalable certaines modifications anatomiques; et enfin signale, comme agents curatifs de ces tumeurs, diverses substances qu'on pourrait employer, soit par la voie intestinale, soit plutôt en injection dans les masses morbides elles-mêmes. Voici d'ailleurs les conclusions par lesquelles M. Guéniot termine son mémoire :

« 1° La guérison *par résorption* de certains fibroïdes de l'utérus, quoique naguère encore contestée, doit être désormais regardée comme une vérité définivement acquise. L'observation relatée dans ce travail et les cas authentiques qui s'y trouvent rappelés ne permettent plus aucun doute sur la réalité d'une semblable terminaison ;

« 2° Ce mode de disparition des tumeurs est même susceptible d'une solution rapide ; quelques mois ont suffi, dans divers cas, à la résorption complète de myomes très-volumineux;

« 3° Dans les faits jusqu'ici connus, la résorption s'est opérée pendant la période d'activité des fonctions génitales, mais l'état puerpéral n'a exercé que très-exceptionnellement une influence évidente ;

« 4° Les fibroïdes utérins peuvent disparaître encore, sans opération chi-

rurgicale, de deux autres manières : soit par *expulsion spontanée*, soit par *destruction gangréneuse* ou *suppurative*. Mais la disparition par résorption est la seule qui soit complétement exempte de danger et toujours suivie de guérison ; c'est elle, par conséquent, qu'il conviendrait surtout de provoquer ;

« 5° Quoique les essais tentés dans ce but aient été jusqu'ici presque constamment nuls ou douteux dans leurs résultats, certains faits cependant autorisent à penser que la thérapeutique, sur ce point, est en voie de progrès ;

« 6° Autant qu'il est permis d'en juger par analogie, les myomes utérins, pour être susceptibles de résorption, doivent subir au préalable l'altération graisseuse de leur masse ;

« 7° Enfin, d'après cette donnée de physiologie pathologique, l'emploi des substances réputées *stéatogènes*, comme l'arsenic, le phosphore, le plomb, etc., semble particulièrement indiqué pour obtenir un tel résultat. »

38. *Note sur un cas d'invagination du rectum, observé chez un enfant né en présentation pelvienne et mort en naissant.*

(*Arch. de physiologie norm. et pathol.*, 1872.)

Premier exemple signalé d'invagination produite pendant la vie intra-utérine. L'enfant était du sexe féminin, ce qui constitue d'autre part une rare exception, puisque sur 25 cas rassemblés par Rilliet, 22 fois les malades étaient des garçons et 3 fois seulement des filles. Enfin, l'invagination était double, c'est-à-dire que le cylindre invaginé pénétrait dans un autre, qui lui-même était invaginé dans la portion sous-jacente de l'intestin ; il existait ainsi cinq tubes concentriques, au lieu de trois comme dans les cas ordinaires.

39. *Article* Menstruation *du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

(1872. — En collaboration avec M. Depaul.)

Travail encore inédit.

B. Anatomie, Physiologie et Chirurgie générale.

40. *Mémoire sur une hallucination du toucher, particulière à certains amputés.*

(*Journ. de physiolog.* de Brown-Séquard, année 1861.)

Travail entièrement original dans lequel M. Guéniot étudie, le premier, des phénomènes intéressants au double point de vue la physiologie et de la clinique.

La persistance de la douleur dans les parties retranchées par une amputation, est un fait bien connu et depuis longtemps signalé. A. Paré indique ce curieux phénomène d'une façon saisissante : « Les patiens, dit-il, longtemps « après l'amputation faite, disent encore sentir douleur ès-parties mortes et « amputées, et de ce se plaignent fort : chose digne d'admiration et quasi « incrédible à gens qui de ce n'ont expérience. » Mais aucun auteur, avant M. Guéniot, n'avait encore signalé cet autre phénomène, qu'il désigne sous le nom d'*hétérotopie subjective des extrémités*, et qui consiste dans la sensation de *raccourcissement et de retrait progressifs* éprouvée par le malade dans les parties amputées, sensation qui produit en lui l'illusion d'une ascension graduelle de la *main* ou du *pied* vers la plaie d'amputation. L'auteur établi sur les faits cliniques l'existence de cette singulière hallucination du toucher. Puis, après en avoir recherché l'explication la plus plausible, il aborde une question de physiologie tout à fait neuve, *celle de la perception des rapports réciproques de nos organes et du rôle de cette perception dans l'appréciation de la forme des corps par le toucher, en dehors du contrôle de la vue.* Enfin, il termine son travail par les conclusions suivantes, qui en résument les idées fondamentales :

« 1° Les sensations subjectives éprouvées par les amputés, dans les parties retranchées, sont presque constamment plus accentuées et plus persistantes dans la section terminale du membre (main ou pied) que dans les autres parties ;

« 2° Parmi ces sensations, il en est une fort remarquable qui produit, dans l'esprit du malade, l'illusion d'un cheminement progressif de l'extrémité amputée vers le moignon, avec lequel cette dernière tend à se mettre en contact ;

« 3° Ce phénomène, cette hallucination qu'on peut désigner sous le nom d'*hétérotopie subjective*, se rencontre à peu près dans la proportion d'un sur deux, chez les individus dont la plaie d'amputation se cicatrice régulièrement ;

« 4° Cette illusion peut, jusqu'à un certain point, s'expliquer par la perte du sentiment des parties intermédiaires au moignon et à la section terminale du membre ;

« 5° Au point de vue clinique, l'existence bien caractérisée du phénomène est généralement un indice du bon état actuel de la plaie, et un signe favorable pour la complète guérison ;

« 6° Enfin, l'existence même de cette hallucination fait comprendre l'importance dans l'état normal, de la *notion des distances réciproques de nos organes de la vie de relation*, toutes les fois que nous exécutons des mouvements en dehors du contrôle de la vue. »

41. *Description anatomique d'un œuf humain de trente-cinq à quarante jours.*

(*Bull. de la Soc. anatom.*, 1861.)

42. *Observation clinique et description anatomique d'un vice de conformation du cœur chez un enfant de quatorze jours.*

(*Bull. de la Soc. anatom.*, 1862.)

Dans ce cas, le ventricule droit était tout à fait rudimentaire et ne communiquait point avec l'artère pulmonaire. L'auteur note parmi les détails les plus intéressants : 1° l'état assez satisfaisant dans lequel naquit l'enfant, malgré la longueur exagérée du travail de l'accouchement ; 2° l'absence pendant la vie de symptômes cardiaques, pulmonaires ou autres, à l'exception d'une teinte cyanique des téguments et d'une disposition spéciale au refroidissement des extrémités; 3° le mode particulier suivant lequel a dû s'opérer la circulation, le sang de l'oreillette droite passant directement

dans l'oreillette gauche en refoulant la membrane obturatrice et se mêlant au sang du cœur gauche; puis, de l'oreillette et du ventricule gauches, le sang mixte étant lancé dans l'aorte et arrivant à l'artère pulmonaire par l'intermédiaire du canal artériel, c'est-à-dire dans une direction exactement contraire à son cours habituel ; 4° enfin, le développement considérable et l'hypertrophie de l'oreillette droite, chargée dans ce cas de suppléer le ventricule correspondant; l'exagération très-marquée de la capacité du ventricule gauche, etc.

43. *Sur l'hépatisation congénitale des poumons.*

(*Bull. de la Soc. anatom.*, 1864.)

L'auteur signale, avec pièces démonstratives, cet état particulier des poumons qu'on observe parfois chez des nouveau-nés très débiles et qui succombent dans les premiers jours de leur naissance. Leur cri est aigu, bref, monotone et plaintif; ils se refroidissent avec une facilité extraordinaire et n'ont souvent pas la force de téter, ni de pleurer. On trouve leurs poumons, dans une étendue variable, compactes, non crépitants, d'un rouge-brun tacheté de gris. A la coupe, on en fait suinter une sérosité sanguinolente; plongés dans l'eau, ils se précipitent au fond du vase, etc.

44. *Analyse critique du Mémoire de Hélie, de Nantes, « sur la « disposition des fibres musculaires de l'utérus développé par « la grossesse. »*

(*Gazette des hôpitaux*, 1865.)

45. *Note sur le traitement des productions épidermiques et du cancer épithélial par l'acide acétique.*

(*Gaz. des hôpitaux*, 1866.)

Déjà, l'acide acétique avait été préconisé comme agent de destruction des verrues cutanées et des végétations qui se développent parfois sur les parties génitales. Mais alors il était employé à titre de caustique, à la manière de plusieurs autres acides qui offrent, pour cet objet, la même efficacité. M. Guéniot, le premier, a indiqué sa *spécificité* d'action sur toutes les

productions épidermiques et épithéliales, quels que soient les caractères qu'elles présentent ; qu'il s'agisse des masses épidermiques les plus vulgaires, comme les durillons, les cors, les plaques indurées, ou qu'il s'agisse des diverses formes de cancers épithéliaux. Relativement à ces dernières tumeurs, l'auteur rapporte en détail deux observations cliniques qui viennent à l'appui de ses assertions. — Il emploie l'acide acétique pur, dit cristallisable, soit à l'état liquide au moyen d'un pinceau, soit sous la forme d'une pâte qui permette de prolonger aisément son contact avec la production pathologique. La pâte se fabrique extemporanément en mêlant avec l'acide une poudre composée de tan et safran, en quantité suffisante pour amener la préparation à consistance voulue.

Depuis la publication de cette note, bon nombre de chirurgiens, à l'exemple de l'auteur, ont employé l'acide acétique et cherché même à étendre le cercle de ses applications. Des résultats remarquables ont été obtenus toutes les fois que selon les indications formulées dans la note, on a utilisé cet agent contre les tumeurs épidermiques ou épithéliales. M. le Dr Dieu, en particulier, a publié une série de sept ou huit guérisons dues à l'emploi de ce moyen dans des cas d'épithélioma de la face. Mais, comme il était aisé de le pressentir, cette efficacité ne s'est pas étendue aux cas de cancers fibro-plastiqnes, squirrheux, encéphaloïdes, etc., que des chirurgiens anglais avaient d'abord espéré détruire, en injectant de l'acide dilué dans leur masse.

46. *Fragmentation spontanée de calculs dans la vessie.*

(*Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1866.)

47. *Rapport sur un travail de M. Lelong, ayant trait aux kystes péritonéaux et à l'ovariotomie.*

(*Bull. de la Soc. anatom.*, 1867.)

M. Lelong ayant relaté l'observation d'une malade de l'Hôtel-Dieu, chez laquelle l'extirpation d'une tumeur abdominale avait été laborieuse au delà de toute mesure, et cela par suite d'une erreur de diagnostic, M. Guéniot prit texte de ce travail pour établir d'après un certain nombre de faits : 1° que presque jamais, sinon jamais, on ne doit entreprendre une ovario-

tomie sans qu'une ponction antérieure du kyste ait permis de confirmer les prévisions essentielles du diagnostic; 2° qu'il existe parfois, en connexion intime avec le péritoine, des tumeurs kystiques ayant la plus grande analogie avec celles de l'ovaire, sans que cependant cet organe, resté sain, participe en rien à la constitution des tumeurs.

48. *Note sur un cas de tumeur cirsoïde artérielle, traitée avec succès par l'ablation au bistouri.*

(*Gaz. des hôpitaux*, 1868.)

La chûte d'une eschare, suivie d'une hémorrhagie menaçante, obligea l'auteur de recourrir à l'ablation de la tumeur. Celle-ci siégeait sur la moitié droite du crâne et avait la forme d'une raquette. L'opération fut des plus laborieuses; le malade, jeune homme vigoureux, perdit près de 1,000 grammes de sang; vingt ligatures durent être appliquées sur les vaisseaux, dans une plaie de onze centimètres de long sur neuf de large. Néanmoins, deux mois après, la guérison était complète.

49. *Note sur les lésions de la coxalgie à son début.*

(*Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1869.)

L'auteur rapporte deux observations recueillies dans son service de l'hospice des Enfants-Assistés. Dans l'une, bien que la maladie fût tout à fait récente, déjà les lésions se trouvaient généralisées et affectaient à la fois le cartilage, la synoviale et le tissu osseux. Dans l'autre, au contraire, un seul élément articulaire était intéressé, et c'était le tissu cartilagineux. Celui-ci, dans les deux cas, offrait une dégénérescence granulo-graisseuse des éléments cellulaires, dégénérescence atteignant son maximum à la périphérie et n'étant encore que rudimentaire dans les couches profondes. Cette altération du cartilage était identique à celle que M. Paquet a observée, et qu'il a décrite avec beaucoup de soin dans son *Etude sur les tumeurs blanches* (thèse; Paris, 1867).

50. *Hématome des muscles droits de l'abdomen chez un convalescent de fièvre typhoïde.*

(*Gaz. des hôpit.*, 1871.)

Fait observé par l'auteur pendant le siége de Paris. Le malade était un *garde mobile* de la Somme, chez lequel la tumeur hématique se manifesta six semaines après le début de la fièvre typhoïde. L'incision de cette tumeur permit d'en extraire environ 250 grammes de sang mêlé de pus. Un mois après, la guérison était obtenue.

51. *Aphasie symptomatique d'un abcès gangréneux du cerveau.*

(*Gaz. des hôpit.*, 1864.)

52. *Observations sur divers sujets, publiées* passim :

a. De tumeur blanche de l'articulation sacro-iliaque;

(*Bull. de la Soc. anatom.*, 1858.)

b. D'hémorrhagie de la protubérance annulaire;

(*Bull. de la Soc. anatom.*, 1860.)

c. De corps mobile articulaire du genou;

(*Bull. de la Soc. anatom.*, 1860) ;

d. De fracture du condyle fémoral interne;

(Thèse du Dr Causard. Paris, 1861);

e. De paralysie traumatique des muscles de l'épaule ;

(*Bull. de la Soc. anatom.*, 1863);

f. D'une fracture de jambe, traitée par la pointe métallique;

(*Bull. de la Soc. anatom.*, 1863) ;

g. D'empoisonnement produit par les voies respiratoires pendant une autopsie cadavérique;

(*Union médicale*, 1864.)

h. D'albinisme, chez une femme récemment accouchée;

(*Bull. de la Soc. anatom.*, 1864.)

---

53. *Lettres sur la vaccine.*

(In-18 de 36 pages; 1870.)

Ces lettres ont été publiées pendant l'épidémie variolique qui sévissait alors à Paris et dans plusieurs contrées de la France. Elles ont paru sans nom d'auteur, d'abord dans un petit journal populaire, *le Clocher*; puis, sous la forme d'opuscule. Leur objet était de vulgariser certaines notions utiles sur la vaccine, et surtout de combattre des préventions fort dangereuses et très-répandues contre l'usage des revaccinations.

Voici les titres des divers paragraphes de cette publication :

1° Définition de la *vaccine*; que signifient les mots *vaccin et vaccination*;

2° Caractères de la vaccine. — Vaccine vraie et vaccine fausse;

3° Pourquoi deux vaccines, l'une vraie et l'autre fausse;

4° Coup d'œil sur la variole. — Valeur et signification propres à l'une et à l'autre vaccine;

5° Réponse aux objections : *a*. que la vaccination est susceptible de transmettre le germe de diverses maladies autres que la vaccine; *b*. que la vaccine elle-même prédisposerait à certaines maladies plus ou moins graves, à la fièvre typhoïde, par exemple; *c*. qu'il est inutile de se faire revacciner, vu l'impuissance de la vaccine à préserver de la petite-vérole; *d*. que la vaccine est dangereuse, parce qu'elle favoriserait, pendant les

épidémies, l'extension de la variole elle-même ; *e.* qu'un âge avancé est un préservatif suffisant ; que les cicatrices persistantes d'une ancienne vaccination sont une preuve d'immunité actuelle ; que la fièvre causée par la vaccine obligerait à un repos de plusieurs jours ; etc., etc.

54. *Notice biographique sur le Dr Paul Planté, de Martigny les-Bains.*

(In-18 de 62 pages; 1870.)

PARIS. — IMP. VICTOR GOUPY, RUE GARANCIÈRE, 5.